

# Akute Dyspnoe

Michael Bernhard, Stefanie Keymel, Stefan Krüger, Martin Pin



Das Leitsymptome „Akute Dyspnoe“ und die ursächlich zugrunde liegenden Erkrankungen weisen ein hohes Risikopotenzial für einen ungünstigen Behandlungsverlauf mit einer hohen Letalität auf. Diese Übersicht über mögliche Ursachen, diagnostisches Vorgehen und leitliniengerechte Therapie soll dazu beitragen, eine zielgerichtete und strukturierte notfallmedizinische Versorgung in der Notaufnahme umzusetzen.

## Epidemiologie

In der prähospitalen Notfallmedizin und Notaufnahme wird das medizinische Personal regelmäßig mit Patienten mit dem Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ konfrontiert: Die Häufigkeit des Leitsymptoms „Akute Dyspnoe“ im Einsatzspektrum von nicht ärztlichen Rettungsdienst-Einsätzen beträgt rund 10% [1]. In einer Analyse von 26330 Notaufnahmekontakten eines Schwerpunktversorgers wiesen 1001 Patienten (3,8%) das Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ auf [2]; ihre Aufnahmediagnosen entfielen im Wesentlichen auf eine Herzinsuffizienz (25%), eine COPD (15%), Pneumonie (13%), Störungen der Atmung (8%) und Lungenembolie (4%). Eine Sepsis lag bei 18% der Patienten mit dem Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ vor. Eine ambulante Behandlung war bei 25% dieser Patienten möglich, 52% wurden auf eine Normalstation und 16% auf eine Intensivstation aufgenommen.

In der „Charité Emergency Medicine“-Studie (CHARITEM-Studie) wiesen 7% aller 34333 Patienten in der Notaufnahme als führendes Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ auf [3]. Beim Vergleich mit allen anderen Leitsymptomen (z. B. Brust-, Bauch- oder Kopfschmerzen) betrug die innerklinische Letalität bei Patienten mit „Akuter Dyspnoe“ auf Normalstation 9% und bei Patienten, die auf eine Intensivstation aufgenommen wurden, 18%.

In den beiden OBSERVE-Studien mit einer Kohorte von 989 kritisch kranken, nicht traumatologischen Schockraumpatienten wiesen 26–29% der Patienten ein führendes „B“-Problem [Dyspnoe, (Be-)Atmungsproblem] auf [4, 5].

Die epidemiologische Entwicklung der Bevölkerung lässt eine deutliche Zunahme älterer Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und damit auch dem Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ im Rettungs- und Notarzt-

dienst, und auch Notaufnahmen, in den kommenden Jahren erwarten.

### Merke

„Akute Dyspnoe“ ist ein Leitsymptom mit einem hohen Letalitätsrisiko und gilt damit als Warnhinweis („red flag“) in der Notaufnahme.

## Respiratory Care Unit

Patienten mit dem Leitsymptom „Akute Luftnot“ haben ein größeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Vergleich zu Patienten mit Thoraxschmerz, für die es bereits die zertifizierte Behandlungseinheit der „Chest Pain Unit“ (CPU) in der Notaufnahme gibt. Auch für den nicht traumatischen Bauchschmerz wird ein entsprechender Behandlungspfad (sog. „Abdominal Pain Unit“, APU) in der Notaufnahme avisiert [6]. Vor diesem Hintergrund ist in der Notaufnahme ein standardisiertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen für das Leitsymptom „Akute Dyspnoe“ festzulegen und zu validieren. Analog zur CPU ist daher die Etablierung einer „Respiratory Care Unit“ (RCU) als ein medizinischer und organisatorischer Behandlungspfad sinnvoll. Eine RCU kann dabei eine multidisziplinäre Behandlungsstruktur in Ergänzung zur Notaufnahme abbilden. Das Konzept lehnt sich dabei an die Idee von respiratorischen Intensivstationen an, die sich für Patienten mit akuter respiratorischer Insuffizienz als vorteilhaft erwiesen haben [7].

Das Ziel einer RCU ist es, die akute bzw. neu aufgetretene Dyspnoe effektiv und ohne Zeitverlust abzuklären. Hierbei sind insbesondere die Patienten bzw. Krankheitsbilder zu identifizieren, die einer zeitkritischen Behandlung bedürfen. Darüber hinaus kann eine RCU durch eine sofortige, effektive Therapieeinleitung eine organisatorische Lücke zwischen der Notaufnahme und der Intensivstation schließen. Wenn der medizinische Behandlungspfad der RCU und das Behandlungsniveau in der Notaufnahme dem Standard einer Intermediate-